

Клинический план лечения составляет и утверждает только оперирующий хирург и клиника.

Общая информация

ФИО доктора: _____

Контактный телефон: _____

E-mail: _____

Информация о проекте

ФИО пациента: _____

Предварительная дата операции: _____

Особые замечания, если КТ сделана в другой организации:

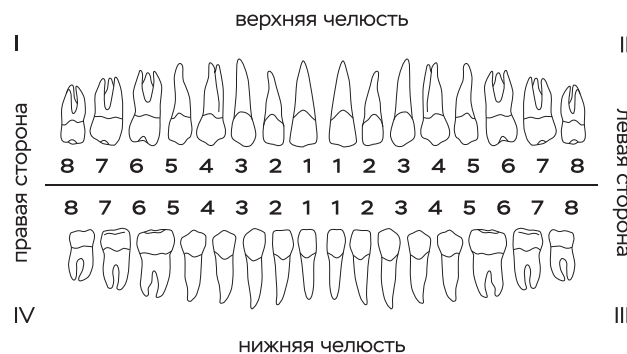
Качество 3D-реконструкции зависит от качества КТ.

Пожалуйста, убедитесь, что ваш радиолог неукоснительно следует протоколу КТ исследований для выполнения поставленных клинических задач и достижения наилучших результатов.

Данные для планирования

Планируемая ортопедическая конструкция (опишите): _____

Планируемая имплантация:
сделайте обозначение на схеме - i



Система имплантантов (производитель, тип): _____

Планируемые зубы под удаление, №: _____

Необходимые хирургические мероприятия (синус-лифт, аугментация, пересадка блоков и др): _____

Я, _____, подтверждаю заказ предоперационного планирования имплантации. Я подтверждаю, что имею достаточную квалификацию, удовлетворяющую требованиям закона, для выполнения запланированного вмешательства и несу полную медицинскую ответственность.

Дата: _____

Подпись: _____

Заполнить в случае необходимости заказа шаблона:

Я, _____, подтверждаю план заказа и прошу изготовить хирургический шаблон согласно моему предоперационному хирургическому плану. Я подтверждаю, что имею достаточную квалификацию, удовлетворяющую требованиям закона, для выполнения запланированного вмешательства и несу полную медицинскую ответственность за заказ и применение данного шаблона. Я также заявляю, что согласен с ограничением ответственности, указанным ниже.

Дата: _____

Подпись: _____

Ограничение ответственности:
ООО «Диагностик Москва» несет ответственность как поставщик продукции. Поскольку этот продукт заказан и используется под контролем покупателя, последний признает свою ответственность на этих условиях